

DEPARTMENT OF CHILDREN AND FAMILIES

Division of Early Care and Education
Milwaukee Early Care Administration

Inscripción del Proveedor de Cuidado Infantil

CHILD CARE PROVIDER ENROLLMENT

Cuando complete este formulario escriba su respuesta **EN IMPRENTA** con **CLARIDAD**. Presente una copia de su licencia actual de cuidado infantil junto con este formulario. La provisión de su número de seguro social (SSN) es voluntaria, pero no proporcionarlo podría causar una demora en el procesamiento de la información. La información personal que proporcione se puede utilizar para fines secundarios [Privacy Law, s. 15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

Información de la instalación de cuidado infantil

Nombre – Instalación de cuidado infantil:

Teléfono – Instalación de cuidado infantil:

Dirección – Instalación de cuidado infantil (Calle, ciudad, código postal)

Dirección Postal – Instalación de cuidado infantil (si es diferente a la de arriba.)

Información sobre el propietario del programa de cuidado infantil

Nombre – Propietario del programa de cuidado infantil

Número de seguro social o número de identificación tributaria –
Propietario del programa de cuidado infantil

Fecha de nacimiento – Propietario del programa de cuidado infantil

Teléfono – Propietario del programa de cuidado infantil

Información de la persona de contacto del programa de cuidado infantil (si es diferente al propietario.)

Nombre – Persona de contacto del programa de cuidado infantil

Teléfono – Persona de contacto del programa de cuidado infantil

Sí No Si la respuesta es "Sí", explique.

NOTA: Asegúrese de adjuntar una copia de su cronograma actual de tarifas impreso.

Entiendo que al firmar este formulario, reconozco que la información proporcionada arriba es precisa y que las tarifas cobradas a las familias que utilizan Wisconsin Shares son las mismas tarifas que se cobran a las familias que pagan de forma privada.

FIRMA – Propietario o persona autorizada

Fecha de la firma